SUR DEUX CAS

# D'ENTÉRITE TUBERCULEUSE HYPERTROPHIQUE

PRIMITIVE

N° 101
12.

SUR DEUX CAS

# D'ENTÉRITE TUBERCULEUSE

## HYPERTROPHIQUE PRIMITIVE

# THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 29 juillet 1908**

PAR

**Henri FOLTZ**

Né à Saïda (Algérie), le 24 juin 1884

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS LIBRARY

MONTPELLIER
Imprimerie Grollier, Alfred DUPUY successeur
Boulevard du Peyrou, 7

1908

# PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. MAIRET (✻)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.

## Professeurs

| | |
|---|---|
| Clinique médicale..... | MM. GRASSET (✻). |
| Clinique chirurgicale..... | TEDENAT (✻). |
| Thérapeutique et matière médicale ..... | HAMELIN (✻). |
| Clinique médicale..... | CARRIEU. |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses..... | MAIRET (✻). |
| Physique médicale..... | IMBERT. |
| Botanique et histoire naturelle médicales..... | GRANEL. |
| Clinique chirurgicale..... | FORGUE (✻). |
| Clinique ophtalmologique..... | TRUC (✻). |
| Chimie médicale..... | VILLE. |
| Physiologie..... | HEDON. |
| Histologie ..... | VIALLETON. |
| Pathologie interne..... | DUCAMP. |
| Anatomie ..... | GILIS. |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..... | ESTOR. |
| Microbiologie..... | RODET. |
| Médecine légale et toxicologie..... | SARDA. |
| Clinique des maladies des enfants ..... | BAUMEL. |
| Anatomie pathologique..... | BOSC. |
| Hygiène..... | BERTIN-SANS (H). |
| Pathologie et thérapeuthique générales..... | RAUZIER. |
| Clinique obstétricale..... | VALLOIS. |

*Professeurs-adjoints :* MM. De ROUVILLE, PUECH.

*Doyen honoraire* : M. VIALLETON.

*Professeurs honoraires* : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT.

*Secrétaire honoraire :* M. GOT.

## Chargés de Cours complémentaires

| | |
|---|---|
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées. | MM. VEDEL, agrégé. |
| Clinique annexe des maladies des vieillards | VIRES. |
| Pathologie externe..... | LAPEYRE, agrégé libre. |
| Clinique gynécologique..... | De ROUVILLE, prof.-adjoint |
| Accouchements ..... | PUECH, prof. adjoint. |
| Clinique des maladies des voies urinaires.. | JEANBRAU, agrégé. |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie ..... | MOURET, agrégé libre. |
| Médecine opératoire ..... | SOUBEYRAN, agrégé. |

## Agrégés en exercice

| | | |
|---|---|---|
| MM. GALAVIELLE. | MM. SOUBEIRAN. | MM. LEENHARDT. |
| VIRES. | GUERIN. | GAUSSEL. |
| VEDEL. | GAGNIERE. | RICHE. |
| JEANBRAU. | GRYNFELTT Ed. | CABANNES. |
| POUJOL. | LAGRIFFOUL. | DERRIEN. |

M. H. IZARD, *secrétaire,*

## Examinateurs de la thèse :

| | |
|---|---|
| MM. RAUZIER, *président.* | MM. LEENHARDT, *agrégé.* |
| BOSC, *professeur.* | GAUSSEL, *agrégé* |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES TANTES, Mesdemoiselles E. et C. MURET

A MES TANTES, Mesdemoiselles M. et L. FOLTZ

AUX MIENS, A MES AMIS

H. FOLTZ.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER

A MES MAITRES DE L'HOPITAL DE MUSTAPHA

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

H. FOLTZ.

# AVANT-PROPOS

*Au moment de quitter la Faculté, nous considérons comme un devoir de remercier tous ceux qui ont contribué à nous permettre d'en arriver où nous en sommes.*

*Que notre père et notre mère soient assurés de notre entière reconnaissance, qu'ils daignent accepter ici un respectueux et modeste témoignage de notre bien vive affection.*

*Parmi nos maîtres, M. le professeur Curtillet, directeur de l'Ecole de médecine d'Alger, nous témoigna toujours une inlassable bienveillance ; que ce distingué professeur veuille nous permettre de lui en exprimer notre gratitude.*

*Nous trouvâmes toujours auprès de M. le professeur Rouvier un excellent accueil et nous lui sommes redevable de ce que possédons d'obstétrique ; qu'il nous autorise à l'en remercier chaleureusement.*

*M. le professeur Trolard a heureusement complété les premières notions d'anatomie que nous avions puisées à Toulon, auprès de nos maîtres de la marine ; que ce savant, que l'Ecole d'Alger s'enorgueillit de posséder, veuille accepter l'assurance de notre meilleur souvenir.*

*M. le professeur Rey nous initia à l'art chirurgical avec une bonté et une affabilité rares. Ses leçons de physiologie*

*furent pour nous d'un précieux secours pendant la durée de nos études. Nous n'oublierons jamais ce qu'il fut pour nous.*

*Le jeune et brillant professeur Cange, dans ses cliniques d'une éloquence achevée, nous fit apprécier l'ophtalmologie.*

*Nous remercions aussi le docteur Lemaire, chef de travaux de bactériologie, aux bons et intelligents conseils duquel nous devons le peu de microbiologie que nous savons.*

*A M. le professeur Bouin, de Nancy, unanimement regretté à l'Ecole d'Alger lors de son trop court passage parmi nous, nous adressons notre respectueuse reconnaissance.*

*M. le docteur Battarel, de l'Hôpital civil de Mustapha fut, pendant de nombreux et toujours trop courts semestres, un chef de service excellent ; qu'il veuille agréer l'expression de notre bien vive sympathie.*

*Nous sommes grandement redevable à MM. les professeurs Cabanes, Crespin, Goinard, Scherb et à MM. les docteurs Denis Sabadini, Saliége de leur précieux enseignement.*

*A la Faculté de médecine de Montpellier nous avons suivi, pas aussi assiduement que nous l'aurions désiré, les profitables cliniques de M. le professeur Tédenat. Ce maître qui sait si bien instruire en amusant a eu le don de nous intéresser ; qu'il en soit chaleureusement remercié.*

*Nous ne saurions oublier M. le professeur-agrégé Leenhardt qui fut pour nous d'une bonté continue et de tous les instants ; qu'il veuille agréer l'expression de notre respectueuse et vive reconnaissance pour les témoignages de sympathie qu'il n'a cessé de nous prodiguer durant notre séjour à Montpellier.*

*M. le professeur Rauzier a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, qu'il daigne accepter, ainsi que MM. les professeurs Bosc et Gaussel, nos meilleurs remerciements.*

*En terminant cet avant-propos, il nous est doux d'adresser un bien affectueux souvenir à notre excellent confrère le docteur Lévy ; que cet ami d'enfance qui si souvent nous manifesta ses solides qualités de cœur, soit assuré de notre invariable affection. Dans la même pensée, nous associerons le docteur Karoubi qui fut pour nous un mentor précieux dans la voie du travail et dans celle moins ardue du plaisir.*

*Que nos bons amis les docteurs Prunet, Pellat, J. Vialet et de Mouzon reçoivent un affectueux témoignage de sympathie.*

---

# INTRODUCTION

Nous rapportons dans ce travail deux observations personnelles et inédites de tuberculose hypertrophique primitive de l'intestin.

Ces observations, recueillies dans les hôpitaux algériens, nous ont paru intéressantes, puisqu'elles viennent à l'appui d'une opinion récente et déjà féconde, à savoir que la tuberculose intestinale peut être primitive et que, dans ce cas, alors qu'elle est encore localisée, elle est justiciable d'une intervention chirurgicale dont on peut attendre d'excellents résultats.

Dans cet exposé, nous nous proposons donc, après avoir relaté ces observations personnelles, de les discuter. Nous en rapprocherons deux cas publiés par M. le professeur Dieulafoy. Nous rappellerons combien le diagnostic de telles lésions est difficile et nous essaierons de dégager de ces observations les grandes lignes thérapeutiques qui semblent devoir dominer ces localisations primitives de la tuberculose.

Bien que dans notre travail nous n'envisagions que la discussion de ces observations, nous établirons cependant quelques conclusions qui nous paraissent s'imposer.

On a longtemps considéré la tuberculose intestinale comme un mode de terminaison des tuberculoses pulmonaires. La diarrhée chez un tuberculeux est chose banale; et abstraction faite des diarrhées toxiniques du début de la tuberculose et contre lesquelles Arloing fils emploie avec succès un sérum antitoxique au sanatorium d'Hauteville (1905), l'apparition de ce symptôme est de mauvaise augure, il indique une fin prochaine, puisque les troubles intestinaux exagèrent l'amaigrissement et le dépérissement et retentissent sur l'état général.

On l'attribue à des ulcérations intestinales produites par l'inoculation sur la muqueuse de l'intestin, de l'intestin grêle pour parler comme les classiques, d'un certain nombre de bacilles contenus dans les crachats déglutis.

Ainsi, dans un cas de tuberculose pulmonaire à marche très rapide, chez un Arabe dont nous avons pu faire l'autopsie, nous avons observé pareille diarrhée, dite colliquative. Seulement, au lieu de rencontrer le maximum des lésions sur la fin de l'intestin grêle, comme on l'enseigne encore, c'est dans le gros intestin tout entier que les lésions se montraient les plus manifestes. Il y avait bien sur l'iléon quelques granulations dans la paroi de l'intestin, mais ses dix derniers centimètres seuls étaient injectés. A partir du cæcum, au contraire, et jusqu'à l'anus, la muqueuse était hypermiée à l'extrême, les replis tuméfiés étaient saillants et boursouflés. Ces lésions prédominaient au cæcum et au rectum, et au niveau du cæcum l'on trouvait deux petites ulcérations lenticulaires dont les bords assez déchiquetés présentaient les grains de semoule caractéristiques.

Il faut noter que la diarrhée n'avait commencé à appa-

raître que quinze jours avant la mort, et cependant l'entérite avait déjà abouti à l'ulcération.

Cette observation ne s'écarte des descriptions classiques que par la localisation des lésions. Elle est intéressante à rappeler pour l'opposer aux tuberculoses intestinales primitives, telles que nous les avons observées.

Le professeur Dieulafoy a rapporté cependant un cas observé par Marion, chez un homme de 31 ans et qui présentait des douleurs abdominales avec alternatives de diarrhée et de constipation ; le malade était très amaigri et l'on sentait dans la fosse iliaque droite une tumeur indurée volumineuse et peu mobile.

A l'opération, on dut enlever le cæcum, le colon ascendant et la moitié du colon transverse.

Voilà donc une tuberculose intestinale qui ne siège pas, comme le disaient les classiques, sur la terminaison de l'intestin grêle.

Mais nous allons voir, par les observations ci-après rapportées, combien peuvent être étendues ces lésions sur le gros intestin.

## Observation Première

(Personnelle et inédite)

Marie G.., 30 ans, Espagnole, célibataire, sans profession, arrive à l'ambulance d'El-Kettar, le 18 août 1906, avec le diagnostic d'entérite chronique.

Son père est mort à 82 ans d'affection indéterminée, mais à évolution rapide ; sa mère, âgée de 74 ans, vit encore et jouit d'une bonne santé ; ses trois frères sont vivants et très bien portants ; une sœur est morte à 27 ans de suites de couches.

Notre malade elle-même, née en Algérie, à Souma, était en Espagne depuis 16 ans ; à Madrid pendant les neuf premières années, depuis huit ans elle habitait un petit village des environs où elle ne prenait que du lait, de chèvre, jamais de viande de bœuf, mais du chevreau, du mouton, quelquefois du porc. Elle ne se rappelle avoir connu personne qui toussât autour d'elle. Elle n'aurait jamais eu aucune maladies sauf, une fluxion de poitrine vers l'âge de dix ans.

Il y a deux ans, immédiatement avant la maladie actuelle, elle tomba dans un état de faiblesse et d'anémie extrême ; en même temps, elle souffrait de l'estomac et vomissait assez fréquemment.

Il y a six mois, le ventre se mit à grossir et devint douloureux. La malade sentait dans le flanc gauche des gargouillements et des borborygmes. En même temps et coupée par de rares périodes de constipation, s'installait une diarrhée tenace

qui n'a cédé depuis à aucun traitement. Les vomissements, fréquents au début, cessèrent il y a trois mois, à la suite d'un vomissement très important et d'une fétidité extrême.

La malade a maigri beaucoup et se trouve dans un grand état de faiblesse.

A l'examen, on trouve l'abdomen ballonné, douloureux spontanément et à la pression, surtout dans la région sous-hépatique et la fosse iliaque droite ; il est cependant assez souple. Le palper révèle une masse dure, volumineuse, bosselée, irrégulièrement sphéroïdale, remplissant la fosse iliaque droite. Une autre tumeur de caractères analogues s'étend perpendiculairement à l'axe du corps de l'ombilic à l'hypochondre gauche. Des zones de matité tranchant sur la sonorité intestinale exagérée répondent à ces tumeurs.

On sent des ganglions dans les deux aînes, mais surtout à droite. Le foie ne déborde pas les fausses côtes et l'on ne sent pas la rate. La diarrhée, très liquide, jaunâtre, renferme un abondant dépôt de mucus et de particules alimentaires mal digérées.

L'on trouve dans les urines des traces d'urobiline. Un examen attentif et répété des poumons n'a jamais révélé qu'un peu de rudesse de la respiration et une repiration légèrement granuleuse dans la fosse sus-épineuse gauche. Le cœur est normal ; le pouls, rapide, bat à 120 ; il n'y a pas de fièvre.

Malgré le peu de signes pulmonaires, la première idée qui venait à l'esprit, en présence de tels symptômes, était celle d'une entérite tuberculeuse. Un moyen sûr, rapide et pratique de confirmer ce diagnostic était la recherche du bacille de Koch dans les selles. Nous avons obtenu assez facilement des préparations renfermant de nombreux microbes, grâce à

la méthode indiquée au Congrès de la Tuberculose (octobre 1905), par le professeur de Nubias, de Bordeaux :

« Les matières fécales délayées dans l'alcool à 40 °/₀ jusqu'à désagrégation complète sont recouvertes d'une légère couche d'éther on agite un instant et on laisse reposer. La couche d'éther surnage et s'évapore rapidement, laissant un voile, comme à la surface d'eau stagnante Ce voile est composé presque exclusivement de microbes entraînés par l'alcool dans un mouvement ascensionnel pour venir se dissoudre dans l'éther ».

Si le bacille existe dans les selles, il est sûrement là, et on peut le révéler facilement par la méthode classique ou par la méthode plus simple et plus rapide qu'au même congrès indiquait le docteur Peltrisot, de Paris.

La préparation colorée à chaud par le liquide de Ziehl est lavée rapidement avec la liqueur suivante :

| | |
|---|---|
| Bleu de méthylène (sol. à 1/10 dans l'alcool absolu) | 10 c.c. |
| Solution de soude à $\frac{1}{10.000}$ . . . . . | 100 c.c. |
| Acélone purifiée . . . . . | 90 c.c. |

Une teinte bleue remplace rapidement la couleur rouge; il suffit de laver aussitôt à grande eau et examiner la préparation.

Cependant, et abstraction faite de la cause d'erreur due aux bacilles acido-résistants, il reste admis que la recherche du bacille dans les selles est souvent infructueuse et que, de toutes les méthodes proposées, il n'en est pas une actuellement qui soit absolument vraie. Un examen négatif ne prouverait rien, et si dans l'espèce nous avons réussi, il se pourrait tout aussi bien que dans un cas analogue nous subissions

un échec. Dans le cas qui nous occupe, les signes cliniques pourraient-ils nous donner une certitude ?

Rien dans les circonstances étiologiques ne peut nous renseigner exactement. Marie G... n'a pas connu de tuberculeux, au moins le dit-elle. Chèvres, moutons et porcs, la base de sa nourriture, avant sa maladie ne sont pas très sujets à la phtisie. Les chèvres le seraient même si peu que naguère Bertin et Bilz, de Nantes, songèrent à inoculer leur sérum pour guérir les phtisiques et les immuniser.

On peut considérer la malade comme indemne de tuberculose pulmonaire ; nous avons signalé plus haut un peu de rudesse et de l'inspiration granuleuse ; mais les lésions, si lésions il y a, sont très vraisemblablement postérieures aux lésions intestinales.

Les signes cliniques, d'autre part, sont assez probants. « Une diarrhée qui dure est presque toujours d'origine tuberculeuse ». Gérode dit très bien que la diarrhée, dans ce cas, devient souvent noire et simule de la terre délayée avec de l'eau ; mais cet aspect est attribuable seulement au sang provenant des ulcérations. Il peut donc manquer. C'est dans les formes manifestement ulcéreuses, et seulement dans celles-là qu'on trouve de la diarrhée noire ».

Il y a des tumeurs dans l'abdomen. Il s'agit vraisemblablement de tumeurs intestinales ou ganglionnaires englobant également l'intestin, surtout le cæcum, et la partie gauche du colon transverse. Les ganglions semés dans les aînes, surtout à droite, pourraient faire penser à un cancer du péritoine ou de l'intestin, mais ils n'écartent pas le diagnostic de tuberculose, au contraire. Ce qui domine d'ailleurs dans le cancer, c'est la constipation, ou les alternatives de constipation et de diarrhée. La diarrhée, lorsqu'elle existe, est très souvent sanglante ; elle n'offre jamais cette persistance, cette monotomie que nous observons chez notre malade. Le visage, si déco-

loré soit-il par l'anémie extrême, n'offre pas la teinte jaune-paille caractéristique; il n'y a pas d'œdème cachectique — si commun chez les cancéreuses — et le cancer est rare à 30 ans.

L'actinomycose du cæcum donne aussi lieu à des tumeurs, mais il y a des alternatives de diarrhée et de constipation, l'induration plus fixe est plus douloureuse, et l'on peut retrouver le parasite dans les selles.

Le lymphadénome du cæcum, d'existence contestée, n'est peut-être bien que de la tuberculose hypertrophique.

Une appendicite chronique aurait donné lieu à des phénomènes douloureux plus particuliers. Il ne s'agit pas non plus de péritonite tuberculeuse, on sentirait des gâteaux résistants au doigt, plus superficiels que les indurations constatées dans le cas présent et au niveau duquel il y aurait de la matité et de la rénitence. Il y a souvent un peu d'ascite plus ou moins enkystée, enfin la réaction péritonéale se traduit par des vomissements et de la fièvre. Or, ici, les vomissements sont très rares et la fièvre nulle. Que le péritoine soit indirectement et partiellement intéressé, nous nous garderions bien de le nier, mais il n'y a pas là les éléments capables d'asseoir un diagnostic de péritonite.

La diarrhée ne pouvait pas en imposer pour une diarrhée chronique des pays chauds, affection tropicale, pas davantage pour une diarrhée toxique ou urémique, qui se seraient accompagnées d'autres signes d'intoxication; l'urémie n'est jamais monosymptomatique. Ces diarrhées sont du reste beaucoup moins tenaces.

De par la bactériologie et de par la clinique, nous aboutissons donc au diagnostic d'entérite tuberculeuse. Nous avons pensé un instant pouvoir pousser plus loin le diagnostic de la localisation des lésions où l'étude de l'état fonctionnel de l'intestin par l'emploi de nouvelles méthodes préconisées récemment par le docteur Gaultier dans sa thèse (Paris, 1905),

et son Précis de coprologie clinique, recherches exigeant de multiples analyses pour lesquelles nous n'étions pas outillé, et nous dûmes nous contenter de quelques résultats peu importants, qu'il était en grande partie facile de prévoir.

La malade, préalablement soumise au régime lacté, prit le repas d'épreuve type composé de:

60 gr. de viande de bœuf;
30 gr. de beurre ;
100 gr. de pommes de terre ;
100 gr. de pain blanc;
500 gr. de lait.

Trois cachets de 0 gr. 30 de carmin pris au commencement, au milieu et à la fin du repas servirent à déliminer les fèces.

La traversée du fractus digestif était extrêmement accélérée. La durée normale étant de 26 à 40 heures, les selles colorées en rose par le carmin commencèrent à paraître 1 heure 3/4 après le repas et continuèrent 36 heures. Leur réaction très acide, alors que normalement elles sont neutres, l'énorme proportion d'éléments liquides par rapport aux solides, la quantité considérable d'excréta par rapport aux ingesta, l'état de digestion peu avancée des résidus de toute nature que révélait le microscope, tout contribuait à indiquer une défectuosité extrême de l'absorption intestinale. Nous n'avons pas pu préciser davantage ces recherches.

Là n'était pas d'ailleurs l'intérêt de la question.

Il n'y a pas très longtemps, on ignorait la tuberculose primitive de l'intestin et l'on estimait qu'il fallait un affaiblissement général de l'organisme pour que le bacille de Koch put se greffer sur la muqueuse intestinale. Il fallait, disait-on,

en particulier, un fléchissement des fonctions gastriques : le suc gastrique était bactéricide au premier chef et la tuberculose se communiquait toujours par inhalation. Les expériences de Wisener, Miller, Bollinger, semblaient confirmer cette théorie, mais celles de Strauss et de Wurtz prouvaient le contraire. La thèse récente d'Arloing fils sur les ulcérations tuberculeuses de l'estomac (Lyon, 1902) vint montrer au point de vue clinique et expérimental que la tuberculose de l'estomac était fréquente. Plus récemment, Ipsen, de Copenhague, sur l'inspiration du professeur Filiger, constatait au « Congrès d'octobre 1905 » que la tuberculose primitive de l'intestin se rencontrait chez plus de 5 p. 100 des malades autopsiés. Plus récemment encore, Calmette et ses élèves ont tenté de renverser l'opinion admise couramment de la normalité de la contagion tuberculeuse par inhalation. Ils ont démontré, et Dobrohlwoski l'avait déjà fait avant eux, que le bacille de Koch franchissait l'intestin pour aller aux ganglions mésentériques où il séjournait longtemps, souvent pour pénétrer ensuite par la voie lymphatique dans les poumons, et l'on a émis l'idée que les tuberculoses pulmonaires étaient presque toujours des tuberculoses d'ingestion, non d'inhalation. Calmette a encore appuyé son opinion par des expériences sur l'anthracon pulmonaire. Vantenberg et Grisy ont montré que la déglutition de noir de fumée suffirait à produire la localisation des particules dans le parenchyme pulmonaire des cobayes adultes (Annales de l'Institut Pasteur, décembre 1905). G. Diaz, dans le *Progrès Médical* du 13 octobre 1906, défendait cette hypothèse. Il a très bien vu, au cours de nombreuses autopsies, les granules anthracosiques passer des villosités sur la tunique séreuse de l'intestin, puis dans la couche corticale des ganglions mésentériques et quelquefois dans le poumon. Il n'y a donc rien que de très normal à ce que l'intestin soit lésé primitivement dans la tuber-

culose et il semble bien que la contamination se soit faite ainsi chez notre malade.

Mais le diagnostic d'entérite tuberculeuse chronique primitive auquel nous sommes arrivé n'est pas encore suffisant. Il faut nous demander de quelle variété de tuberculose chronique relève ce cas. Ce n'est pas de la variété ulcéreuse pure, connue seule autrefois, et dont le siège était la partie inférieure de l'iléon, avec propagation élective au cæcum. Des ulcérations, même avec infiltration ganglionnaire, n'entraîneraient pas l'apparition d'aussi volumineuses tumeurs. Cette forme s'observe à la période ultime de la phtisie ; elle est presque toujours secondaire et se caractérise par d'abondantes ulcérations, sauf quand la mort survient de bonne heure, comme chez l'Arabe dont nous avons déjà parlé. Celui-ci rentre peut-être dans la catégorie de ces cas relatés par Richelot (*Journal de médecine et de chirurgie,* 1892) où il n'y avait qu'un petit nombre d'ulcérations au niveau du cæcum. Peut-être aussi doit-on le rapprocher de ceux de Quenu et Duval (Société de chirurgie, 1902) qui ont discuté des ulcères dits simples du gros intestin.

Au sujet de notre malade, on peut hésiter entre les deux autres variétés de tuberculose intestinale ; la tuberculose entéro-péritonéale et la tuberculose hypertrophique pseudo-néoplasique, avec localisation prédominante au segment iléo-cœcal. Cette division de la tuberculose intestinale en trois catégories : ulcéreuse, entéro-péritonéale et hypertrophique par MM. Bérard et Patel, est généralement adoptée.

Dans la forme entéro-péritonéale, les lésions siègent d'abord sur l'intestin pour gagner ensuite le cæcum ; elle peut évoluer vers la transformation caséeuse aboutissant rapidement à des abcès, des clapiers, des fistules, ou vers la transformation fibreuse, avec aténoses consécutives.

Dans la forme hypertrophique ou pseudo-néoplasique qui

réalise exactement le tableau qu'a présenté notre malade, le processus débute toujours par le cæcum qui est entouré d'une gangue scléro-adipeuse contenant des ganglions dégénérés et tuméfiés. L'intestin grêle est généralement indemne, la tuberculose affectant une marche descendante. On connaît cependant un cas de Tuffier (*Progrès médical*, 1900) où l'iléon seul était atteint. La tuberculose intestinale hypertrophique est presque toujours primitive, l'inoculation du segment iléo cœcal est favorisée par le ralentissement du cours des matières à ce niveau et par les maladies antérieures : typhlite, entérite banale, dysenterie, fièvre typhoïde, à tel point que l'on a pu dire que les diarrhées négligées étaient aussi redoutables que les rhumes négligés.

En examinant le malade, on sent non pas l'empâtement diffus de la fosse entéro-péritonéale, mais une tumeur nette. L'interrogation nous apprend qu'il y a eu une période prodromique longue, avec fatigue générale, des douleurs simulant de l'appendicite avec, au lieu de diarrhée, de la constipation. Le malade attire notre attention sur des bruits plus ou moins intenses, des glous-glous éclatant dans le ventre : c'est ce que le professeur Roux, de Lausanne, appelle en un langage imagé « l'intestin qui appelle au secours », c'est-à-dire qui sollicite l'intervention du chirurgien. C'est qu'en effet, si l'entérite ulcéreuse est d'ordre médical, les deux autres sont justiciables d'une intervention opératoire, à condition qu'elle soit précoce, c'est-à-dire que le diagnostic soit fait de bonne heure, et c'est à ce point de vue que la question est neuve et qu'elle mérite des études plus complètes. Déjà, cependant, au Congrès déjà mentionné, trois rapports ont été présentés sur la tuberculose iléo-cœcale par MM. Demoulins, Roux, de Lausanne, Depaye et Puichart, de Bruxelles. En août 1906, au Congrès pour l'avancement des sciences, à Lyon, deux rapports ont été présentés sur cette question par MM. Bérard et Patel,

d'une part, par M. Loison, d'autre part. Au dernier Congrès de chirurgie, Pouchet, d'Amiens, a rapporté quatre cas de tuberculose du cæcum guéris par divers procédés opératoires. Les interventions se sont d'ailleurs multipliées ces dernières années et ont donné des résultats extrêmement encourageants.

Alglan (thèse de Paris) cite 13 guérisons sur 50 cas.

Roux, sur 24 cas obtient 80 guérisons p. 100.

Campèche trouve la même moyenne.

Les 8 cas de Jaboulay ont guéri : et l'on pourrait citer encore des exemples analogues.

Il est plus intéressant de constater qu'il est extrêmement rare de rencontrer de la tuberculose pulmonaire chez un opéré de tuberculose hypertrophique. Probablement s'agit-il là d'un fait analogue à ce que Marfan a développé ingénieusement à propos des coronelles qui, guéries, paraissent entraver le développement de la tuberculose pulmonaire.

Quoiqu'il en soit, pour notre malade, le diagnostic et l'intervention précoces l'auraient peut-être sauvée. Actuellement l'opérer serait illusoire, l'affection est trop généralisée et son état général trop précaire. Tout ce que l'on peut espérer, c'est d'augmenter par des moyens médicaux appropriés et surtout par le régime lacté et la viande crue le peu de jours qui la séparent encore de l'échéance fatale.

## Observation II

(inédite et personnelle)

Voici une deuxième observation qui, pour être moins complète, nous paraît devoir figurer à côté de la précédente.

Lacroix Eugénie, ép. Fayard, 39 ans, Française, sans profession, entre à l'hôpital civil de Mustapha, le 29 avril 1906 sans diagnostic net.

Les parents de notre malade sont morts, très âgés, d'affections indéterminées. Elle a plusieurs frères et sœurs bien portants, ayant tous des enfants également bien portants. Elle-même a deux enfants de 9 et 11 ans, n'ayant jamais été malades.

Antécédents personnels. — Rougeole vers la cinquième année. Pas d'autres affections à signaler. Réglée à 13 ans très régulièrement, jusqu'au moment où débute la maladie.

Celle-ci a débuté il y a déjà quelques mois. A son entrée à l'hôpital, notre malade est dans un tel état de faiblesse que nous ne pouvons guère obtenir de commémoratifs sur le début de la maladie.

Tout ce que nous savons, c'est que la malade souffre du ventre depuis longtemps que les douleurs sont localisées à droite, qu'une diarrhée rebelle persiste depuis deux mois environ, accompagnée de fièvre et de vomissements alimentaires et bilieux.

La température élevée depuis plusieurs jours (toujours au-dessus de 38°) présente une légère rémission matinale. Le pouls oscille entre 85 et 100 pulsations.

*Examen.*— Au palper, on sent très nettement une tumeur à droite dans la fosse iliaque, se continuant au-dessus du pubis, arrivant jusqu'à la ligne et se prolongeant en haut à trois doigts au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure. — Très forte résistance de la paroi.

*Toucher vaginal.* – Rien dans les culs-de-sacs postérieurs, antérieurs et latéraux. Exploration facile et non douloureuse.

*Palper et toucher combinés.* — On limite facilement la tumeur dans la fosse illiaque droite. L'utérus est en antéversion et très mobile. Un sillon très net le sépare de la tumeur droite qui est très haute et que l'on n'atteint dans le cul-de-sac latéral droit qu'en comprimant très fortement la paroi avec la main gauche. A gauche, trompe et ovaire de grosseur normale. Matité dans toute la région de la tumeur, ganglions volumineux aux deux aines, surtout à droite.

L'ensemble des symptômes déjà décrits, l'examen de la malade firent songer à une appendicite aiguë. Le traitement fut immédiatement institué (glace, diète). Mais aucun des phénomènes ne cédant, la température atteignant 40 degrés et le pouls 120, l'on décida une intervention.

Sous anesthésie, incision suivant le procédé de Max Schuller. On récline en dedans les vaisseaux épigastriques. Tous les plans sont adhérents. L'épiploon fortement épaissi est adhérent au péritoine.

Ouverture du péritoine. On trouve de fausses-membranes d'apparence tuberculeuse correspondant à peu près à l'empâtement senti sur la paroi abdominale. Ces fausses membranes recouvrent entièrement tous les organes et saignent abondamment ; le chirurgien ne continue pas l'opération.

Drainage.

Sutures. Agrafes de Michel.

Quelques jours après l'opération, douze au plus, une suppuration intense s'étant établie, une véritable éventration se produisit. La plaie opératoire présentait alors une surface de 10 à 12 centimètres carrés environ, laissant apercevoir le cæcum entièrement recouvert de fausses-membranes très épaisses et proliférant de jour en jour avec une grande intensité. La diarrhée persiste malgé tous les traitements employés. Peu à peu la plaie se combla, mais la malade, 1 mois et demi après l'opération, trompant la surveillance du personnel, prit une très grande quantité de nourriture. Le lendemain, une véritable débâcle se produisit et une très grande quantité de matières fécales semi-liquides furent trouvées dans le pansement, ayant créé une fistule stercorale. Cette fistule persista pendant 3 à 4 mois, donnant par intermittences des matières fécales ou du pus. La tumeur abdominale ne fit qu'augmenter, donnant à la percussion une matité grandissante.

Peu à peu, les phénomènes de cachexie augmentèrent. Les sommets pulmonaires présentèrent une légère submatité, puis de nombreux craquements. La malade succomba assez rapidement ; il fut impossible de faire l'autopsie.

Au cours de la maladie, l'examen microscopique des fausses membranes montra la réalité d'une lésion tuberculeuse. L'examen des matières fécales, fait suivant le procédé indiqué précédemment, donna également un résultat positif.

De ces deux observations inédites, nous pouvons rapprocher les observations publiées par M. le professeur Dieulafoy dans la *Semaine Médicale*, 1902, sur la tuberculose hypertrophique du cæcum.

Le 14 octobre 1901, entre salle Saint-Jeaume, n° 9, une femme de 39 ans atteinte de diarrhée chronique et de vives douleurs abdominales. Le début de la maladie remontait à dix-huit mois. A cette époque avait apparu des douleurs principalement localisées à la fosse iliaque droite. Malgré cette localisation, elles ne rappelaient en rien la crise douloureuse de l'appendicite ; elles avaient mis des mois à s'installer, elles revenaient plusieurs fois par jour ; tantôt elles cédaient pendant quelque temps, tantôt, disait la malade, elles rappelaient par leur intensité « les douleurs de l'accouchement » ; on ne constatait dans l'apparition de ces douleurs aucune périodicité qui fut en rapport avec les heures qui suivaient le moment des repas et qui put nous guider sur la localisation d'une lésion intestinale. Un autre symptôme était survenu dès le début de la maladie : c'est la diarrhée. On peut dire que depuis un an et demi la diarrhée n'a jamais cessé.

Il y a souvent 6 ou 8 selles par jour. Cette diarrhée n'est pas toujours précédée de coliques, elle n'a aucun caractère particulier, elle n'est pas sanguinolente, elle n'est mélangée ni à des mucosités ni à des membranes. Cet état ne rappelle donc nullement la typhocolite muco-membraneuse. En résumé, douleurs abdominales, surtout à la fosse iliaque droite, et diarrhée sans mélœna, sans épreintes, sans tenesme, sont depuis dix-huit mois les symptômes dominants. Malgré la durée de la maladie, cette femme n'a pas trop mauvaise mine ; néanmoins, depuis deux mois elle se sent gravement

atteinte, elle dépérit, elle souffre cruellement et la diarrhée est incessante. Les différents traitements médicaux dont elle a fait usage sont restés sans résultat.

Quelle est donc l'affection abdominale qui depuis dix-huit mois détermine chez cette femme douleurs et diarrhée ? La fièvre est nulle, l'utérus et les annexes sont en état normal. L'exploration du ventre fait percevoir à la fosse iliaque droite une tumeur du volume et de la forme d'une poire. Cette tumeur, douloureuse à la pression, est assez mobile, indurée mais non bosselée ; sa partie inférieure évasée se rapproche de l'arcade crurale ; sa partie supérieure étroite remonte dans la direction du colon ascendant ; en dedans elle n'atteint pas la ligne médiane. Etant donnés ces signes et cette localisation, nous ne voyons que le cæcum qui puisse être mis en cause ; tout indique que cette tumeur est d'origine cæcale ou péricæcale. Mais ce diagnostic topographique ne résout qu'une partie de la question ; il faut arriver à connaître la nature de cette tumeur ; or, les tumeurs de la fosse iliaque droite sont des plus diverses.

Cette malade n'avait ni adénopathie inguinale, ni adénopathie sus-claviculaire, et du reste ce signe n'aurait eu qu'une valeur relative car ces adénopathies, plus fréquentes il est vrai, au cas de cancer (Troisier), peuvent exister également au cas de tuberculose.

La diarrhée dont se plaint cette femme n'avait pas été accompagnée d'hémorragie intestinale ; une fois ou deux, paraît-il, du sang avait été constaté dans les selles ; du reste, la présence de melœna n'aurait pas eu grande importance, car bien que le melœna soit plus commun dans le cancer, il existe également dans la tuberculose. La constatation d'une tuberculose pulmonaire eut été un appoint en faveur de la tuberculose cæcale, mais chez cette femme les poumons étaient indemnes.

Enfin, dit M. Dieulafoy, je m'arrêtai au diagnostic de tuberculose chronique du cæcum, parce que la malade, atteinte depuis longtemps, ne commençait à maigrir que depuis quelques semaines. Le séro-diagnostic d'Aloing et Courmont fait par M. Griffon confirma le diagnostic clinique.

Cette tuberculose cæcale était-elle primitive ou était-elle associée à une tuberculose pulmonaire? Cette notion était essentielle à connaître, dit M. Dieulafoy, car la coexistence de la tuberculose pulmonaire, qu'elle soit l'origine ou la conséquence de la tuberculose cæcale, est une contre-indication à l'opération.

Chez cette malade, aucun signe de tuberculose pulmonaire; toutefois cette femme ne paraît pas avoir été indemne d'infection tuberculeuse, car elle nous raconte avoir eu, il y a trois ans, des tumeurs ganglionnaires au côté gauche du cou. Ces adénopathies, probablement scrofuleuses, ont cédé à l'huile de foie de morue prise pendant longtemps et il n'en reste aujourd'hui aucun reliquat. Du reste, la malade a vécu dans un milieu d'infection tuberculeuse, et il n'est pas étonnant qu'elle ait été contaminée : son mari a été enlevé par la tuberculose et ses quatre enfants à l'âge de onze ans, de cinq ans, de quatre et de trois ans ont succombé à la même maladie.

La malade fut opérée le 26 octobre.

Incision de 0m15 sur le bord externe du muscle droit. A l'exploration de l'intestin, on voit que la principale lésion siège au cæcum qui forme une volumineuse tumeur, l'induration et l'épaississsment des parois se poursuivent sur le colon ascendant et sur l'angle du colon transverse, tandis que l'iléon est sain. La coprostase est réalisée du côté de l'intestin et du côté du côlon. L'intestin grêle est sectionné en avant du cæcum, puis de bas en haut ; tout l'intestin reconnu malade est enfin séparé du colon transverse et les deux orifices de section

sont rapprochés et suturés. Enfin on enlève quelques gros ganglions du mésentère.

La malade guérit après avoir présenté une fistule stercorale fermée en 15 jours.

A l'examen macroscopique de la pièce, on trouve l'iléon tout à fait normal, le cæcum forme une grosse tumeur, dont le volume est accru par une gaine sclérolipomateuse qui lui adhère et dont la surface bossuée donne au premier abord l'impression d'un sarcome. En différents points sont des ganglions caséeux. Dans l'intervalle des parties moins épaisses de la gaîne lipomateuse on aperçoit la surface externe du cæcum, grisâtre et semée de fins vaisseaux. Débarrassé de son manchon sclérolipomateux, la tumeur cæcale a 8 centimètres de diamètre.

A l'ouverture de la pièce, nous trouvons les parois de l'iléon normales, les parois du cæcum dures à la coupe et comme fibroïdes ayant 2 cent. 1/2 d'épaisseur en bas et 11 milimètres plus haut. Les parois du côlon ascendant ont 6 millimètres d'épaisseur et les parois de l'angle de colon 3 milim. 1/2. Partie du fond du cæcum où elle atteint son maximum la lésion diminue à mesure qu'elle s'étend au colon. La cavité de cæcum est rétrécie par l'épaisseur des parois ; c'est une hypertrophie concentrique. La surface interne du cæcum est saillante, irrégulièrement vallonée et non ulcérée. La valvule iléo-cæcale est endurcie, rigide, béante et rétrécie. On constate deux ulcérations superficielles, l'une sur le colon ascendant, l'autre sur le colon transverse. L'appendice est légèrement induré, hypertrophié, mais non déformé.

Dans la seconde observation, rapportée par le professeur Dieulafoy et publiée par MM. Caussade et Charrier dans les Archives générales de médecine 1899, il s'agit d'un homme atteint de diarrhée continuelle, ne pouvant supporter aucun aliment, extrêmement amaigri, ayant perdu 25 kilos en trois

ans et présentant une tumeur dans la fosse iliaque droite. L'exploration de la région n'était pas douloureuse; la tumeur, de consistance ligneuse avait le volume d'une grosse orange, et paraissait adhérente au bassin.

Elle était distante de 4 centimètres de la ligne blanche et de 8 centimètres des fausses côtes; en bas, elle n'atteignait pas l'arcade de Fallope; à la région inguinale, on percevait des ganglions indurés et non douloureux.

La tumeur parut avoir pour siège le cæcum; mais était-elle de nature tuberculeuse ou cancéreuse? L'évolution du mal pouvait aider à ce diagnostic.

Le malade présentait une diarrhée abondante, parfois sanguinolente, qui reparaissait aussitôt après l'ingestion des aliments. Mais tous ces symptômes, diarrhée, douleurs abdominales, anorexie, amaigrissement, cachexie, pouvaient tenir indistinctement à la tuberculose ou au cancer cæcal; néanmoins, la longue durée de la maladie fit éliminer le diagnostic de cancer et un autre argument plaidait en faveur de la tuberculose du cæcum, le malade était atteint de tuberculose pulmonaire, cette tuberculose pulmonaire étant secondaire à la tuberculose cæcale.

L'intervention chirurgicale étant contre-indiquée par les lésions pulmonaires, il ne fut rien tenté et les moyens médicaux étant ici insuffisants, le malade mourut six semaines après son entrée dans le service.

L'autopsie vérifia le diagnostic de tuberculose hypertrophique du cæcum.

Il nous a paru intéressant de reprendre ces observations, publiées par M. Dieulafoy dans la *Semaine médicale*, et de les rapprocher des nôtres, elles éclairent cette question et, d'autre part, la façon dont le diagnostic y est établi nous signale toute l'importance des détails cliniques.

D'abord, nous trouvons dans ces cas de tuberculose intestinale hypertrophique primitive, des antécédents de tuberculose. Dans la première observation, empruntée à M. Dieulafoy, le malade a vécu dans un milieu tuberculeux, a eu une tuberculose ganglionnaire. Dans la deuxième observation, le malade est porteur de lésions tuberculeuses pulmonaires.

Dans les cas que nous rapportons, les malades sont indemnes de tuberculose avant l'affection rapportée. C'est donc *a fortiori* bien une tuberculose primitive et l'intérêt de cette localisation isolée chez un sujet sain de la tuberculose à l'intestin en revêtant une forme hypertrophique est d'autant plus grande que le fait est plus rare.

D'autre part, si nous retrouvons dans ces observations un cas se rapportant à la classique lésion du cæcum, nous en trouvons un dont l'anatomie pathologique, soigneusement étudiée est en désaccord avec les anciennes descriptions de la tuberculose intestinale et se rapproche d'un cas que nous rapportons.

Ces cas sont assez rares pour que nous essayons, pour ainsi dire, de donner droit d'existence à celui que nous rapportons en le rapprochant du cas publié par M. Dieulafoy.

Enfin, les lésions mieux étudiées que nous n'aurions pu le faire, même si la pièce avait été en notre possession, nous ont paru trop intéressantes pour que nous ne les ayons pas rapportées, pour compléter l'étude que nos observations nous permettaient d'esquisser.

Et mieux que nos observations qui n'ont la prétention de

n'être que la fidèle histoire clinique des malades dont nous étudions l'affection, les deux observations de la Semaine médicale font saisir tout l'intérêt que doit soulever la discussion du diagnostic.

Nous voyons en effet que le diagnostic d'appendicite ne peut être porté dans les formes de tuberculose intestinale, car ce qui domine dans les cas que nous avons rapportés, c'est une tuméfaction généralement indolente, s'accompagnant de diarrhée, ce qui ne ressemble ni au tableau de l'appendicite aiguë et à la triade décrite par M. Dieulafoy, ni au tableau de l'appendicite chronique, où on trouve de l'empâtement mais pas de tumeur et plus de la constipation au lieu de diarrhée.

On ne peut pas s'arrêter au diagnostic différentiel de l'occlusion intestinale qui s'accompagne de phénomènes aigus, n'ayant que peu de ressemblance avec les signes que nous avons vus dans les observations rapportées. On arrive donc facilement au diagnostic de néoplasie et on peut localiser assez exactement son siège. Mais là où le diagnostic est souvent malaisé, c'est lorsqu'il s'agit d'établir la nature de cette néoplasie. Nous éliminerons tout de suite l'actinomycose qui donnera à peu près les symptômes de l'appendicite qui est rare et dont le parasite pourra parfois être découvert dans les selles.

Il faut donc se demander si on est en présence d'un cancer ou d'une tuberculose. Quelques signes nous permettront d'établir ce diagnostic.

Dans la première phase, le cancer est plus douloureux que la tuberculose ; il s'accompagne plus fréquemment d'hémorragies intestinales. Il y a des troubles dyspeptiques plus marqués également dans le cancer.

Plus tard, l'induration plus dure, les ganglions inguinaux plus développés font penser au cancer. Mais, ce qui forcera le diagnostic, ce sera la déchéance rapide de l'organisme, la

cachexie précoce dans le cancer ; la tuberculose permettant une plus longue survie, n'entraînant pas un dépérissement si rapide sera définitivement établie par un séro-diagnostic positif.

Mais comme nous l'avons vu au cours des observations rapportées, ce diagnostic varie suivant les sujets, et suivant la forme et l'étendue de ces tuberculoses. C'est donc dire qu'il serait oiseux d'essayer de faire plus longuement le diagnostic de l'entérite tuberculeuse hypertrophique primitive.

---

## INDICATIONS

Quant aux thérapeutiques que comportent de telles formes, elles varient suivant l'étendue des lésions, suivant leur ancienneté, suivant les affections concomitantes, c'est-à-dire suivant le sujet.

Le traitement médical. — Leudet avait songé à instituer un traitement causal; il avait préconisé une médication antiscléreuse, « médication illusoire, au dire du Tuffier, aussi bien pour prévenir que pour arrêter ou même atténuer une sténose fibreuse ».

De nos jours, on tend à ne reconnaître à ce traitement qu'une valeur palliative, c'est un traitement symptomatique qui visera la douleur, la localisation digestive, la lésion tuberculeuse.

*Contre la douleur.* — L'opium, soit sous forme de morphine, soit de laudanum.

*Contre la localisation digestive.* — Régulariser les fonctions digestives, éviter les purgatifs violents pouvant amener une perforation.

*Contre la lésion tuberculeuse.* — On luttera par les médicaments, le régime, l'hygiène. Sans être absolument ineffi-

cace, ce traitement médical est cependant peu actif, c'est pourtant par lui qu'il faudra commencer. Il est particulièrement indiqué chez les malades se présentant au début de leur affection. Chez ceux qui depuis longtemps atteints et par suite très affaiblis doivent être remontés avant de tenter une invervention intestinale toujours grave.

Enfin, il reste le seul traitement chez les malades qui sont porteurs de lésions pulmonaires tuberculeuses.

Le traitement chirurgical est ici dans cette affection celui dont nous pouvons attendre les meilleurs résultats.

Outre l'avantage qu'il a de permettre de vérifier le diagnostic et de se rendre un compte exact de la lésion, lui seul peut permettre la disparition définitive et totale des lésions.

Cependant, il ne convient pas à tous les cas. Nous n'avons pas ici à formuler les indications précises de ce traitement opératoire, ni à en formuler les règles et la technique ; une telle étude sortirait des limites de notre sujet ; nous devons cependant indiquer les cas absolus où il ne doit pas être tenté, laissant au traitement médical le seul espoir de salut ou tout au moins de soulagement. Ce traitement est contre-indiqué : chez les tuberculeux à la dernière période. Même s'il n'y a pas de lésions pulmonaires avancées, l'affaiblissement dû à la tumeur suffit à le contre-indiquer jusqu'à amélioration de l'état général.

Enfin, les lésions pulmonaires contre-indiquent également l'intervention ; toutefois, nous devons rappeler que Tuffier ne considère comme une contre-indication les lésions pulmonaires que quand elles sont désespérées.

---

## CONCLUSIONS

I. La tuberculose peut se localiser primitivement sur l'intestin.

II. Cette tuberculose intestinale primitive peut revêtir une forme pseudo-néoplasique hypertrophique.

III. Ces formes hypertrophiques ne paraissent être que peu influencées par le traitement médical.

IV. L'intervention chirurgicale instituée de bonne heure est le seul traitement rationnel.

V. L'ablation de la tumeur est le procédé de choix ; elle doit être aussi complète que possible.

VI. La tuberculose pulmonaire est une contre-indication à peu près formelle de l'intervention.

---

Vu et approuvé :
Montpellier, le 25 juillet 1908.
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 25 juillet 1908.
Pr le Recteur,
Le Doyen délégué,
MAIRET.

# BIBLIOGRAPHIE


Bérard et Patel. — Traité sur les formes chirurgicales de la tuberculose intestinale.

Dieulafoy. — Tuberculose hypertrophique du caecum, diagnostic des tumeurs de la fosse iliaque droite (Semaine médicale, 8 octobre 1902).

Dieulafoy. — Cliniques, tome IV.

Patel. — Les tuberculoses chirurgicales de l'intestin grêle. Thèse de Lyon (1901-1902).

Motel. — Etude de la tuberculose de l'intestin grêle à forme hypertrophique. (Thèse de Paris, février 1900).

Le Play. — Pseudo-tuberculose caeco-appendiculaire. Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris (mars 1904).

Richelot. — Journal de médecine et de chirurgie (1902).

Diaz. — Progrès médical, 13 octobre 1906.

Vanstenberg et Grisy. — Annales de l'Institut Pasteur, décembre 1905.

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les sècrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maitres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*